RESIPIENTSKJEMA FOR PLANLAGT NYRETRANSPLANTASJON VED RIKSHOSPITALET

|  |  |
| --- | --- |
| Pasient ID: navn, fødsels- og personnr.: |  |
| Adresse: | Telefon: |
| **Sentrale data om nyresykdom og pasient** |
| ICD10: | Diagnose, nyresykdom: |  | Biopsiverifisert: | ja | nei |
| Nyresviktbehandling | Kreatinin (hvis predialytisk)  |  | μmol/l | eGFR  |  | ml/min | HD fra: |  | PD fra: |  |
| Kroppsvekt/høyde | Høyde: |  | cm | Vekt: |  | kg | BMI: |  |
| Er det klinisk indikasjon for nefrektomi: |  | Årsak: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Navn på eventuell nyredonor | Fødsels/pers.nr: | Relasjon: |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Radiologiske undersøkelser** | **Utf. dato Signatur** | **Resultat** |
| Aorta abd med bekkenkar :CT med kontrast eller MR uten + CT uten kontrast |  | > 40 årBilder innsendes RH |
| Rtg. thorax |  | Innsendes RH |
| Ultralyd med resturinmåling |  | hvis a) > 55 år, b) diabetes, c) vannlatingsproblem |
| Rtg.cervical columna ved RA |  | inkluderer fleksjonsbilde- innsendes RH |
| Tidl. kirurgiske komplikasjoner kommenteres i rapporten (ved tidligere abdominal kirurgi legg ved alle operasjonsbeskrivelser) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kardiopulmonal utredning** | **Utf. dato Signatur** |  |
| Spirometri |  | Vitalkapasitet (FVC): | liter | % av forventet: |  |
|  |  | FEV1: |  | liter | % av forventet: |  |
|  |  | FEV1/ FVC |  |  |  |  |  |
| Lungemedisinsk vurdering hvis verdier under 70 % av forventet (vedlegges) |
| EKG |  | Sendes inn  |
| Myokardscintigrafi / stress-EKKO |  | > 40 år |
| EKKO kardiografi med kardiologisk vurdering |  | > 40 årEKKO inkl kardiologisk vurdering vedlegges |
| Koronarangiografi  |  | ved Diabetes eller kjent hjertesykdom: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Malignitets screening**  | **Utf. dato Signatur** | **(Nasjonale retningslinjer er minstekrav)** |
| Mammografi  |  | 50-70 år |
| Gynekologisk u.s. |  |  |
| Prostata u.s. |  |  |
| Protein Elfo (serum) |  |  |
| Hemofec  |  | (3 prøver) |
| Ved tidligere Ca angi behandling. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pasient ID: navn, fødsels- og personnr.: |  |  |
| Serologi | **Utf. dato Signatur** | CMV IgG  | Pos [ ] | Neg [ ] | HBs Ag | Pos [ ] | Neg [ ] | HCV as | Pos [ ] | Neg [ ] |
|  |  | EBV IgG | Pos [ ] | Neg [ ] | HBc as | Pos [ ] | Neg [ ] | HCV pcr | Pos [ ] | Neg [ ] |
|  |  | Varicella IgG | Pos [ ] | Neg [ ] | HBs as | Pos [ ] | Neg [ ] | TB IGRA | Pos [ ] | Neg [ ] |
|  |  | Syfilis | Pos [ ] | Neg [ ] | HIV as | Pos [ ] | Neg [ ] |  |  |  |
| CYP3A5 |  |  | Prøve sendes RH, se protokoll kap. 1.2.5. Svar må ikke foreligge. |
|  |  | Fastende plasmaglukose |  | mmol/l |
|  |  | 2 timer etter 75 g po. glukose |  | mmol/l |
|  |  | HbA1c |   | % | C-peptid |  | nmol/l | (C-peptid kun ved pancreas) |
|  |  | **Mange**l på protein C, S eller Antitrombin: |  |
|  |  | **Mutasjon**: Leiden eller Protrombin: |  |
|  |  | **Ervervet**: Lupus antikoagulans: |  |
| Tidligere eller familiær tromboembolisme ? | Ja [ ] | Nei [ ] |
| Spontane blødninger familie/ pasient ? :  | Ja [ ] | Nei [ ] |
| **Kommenter avvik klinisk kjemiske analyser av betydning for tx** (ikke send kopi av alle blodprøvesvar): |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tannlege u.s. |  |  |
| Sosionom u.s. |  | Rapport vedlegges |
| Vevstype x 2 | 1. g |  | 2.g |  | Sendes vevstypelaboratoriet RH e avtale, tlf.: 23 07 13 44 |
| Blodtype |  | ABO |  |  |
| **Klinisk vurdering av pasienten utført dato :** |  |

|  |
| --- |
| **Komorbiditet** |
| Ischemisk hjertesykdom | ja | nei | Arytmi | ja | nei | Diabetes | ja | nei |
| Hjertesvikt | ja | nei | Perifer karsykdom | ja | nei | Cancer | ja | nei |
| Annen hjertesykdom | ja | nei | Gastrointestinal blødning | ja | nei | KOLS | ja | nei |
| Cerebrovask sykd inkl TIA | ja | nei | Leversykdom | ja | nei |  |  |  |

|  |
| --- |
| **1. Ja, pasienten er informert om dataregistrering og har samtykket i at data blir registrert i:** **A: Scandiatransplant:** ❒ **B: Nefrologiregisteret:** ❒ (Sett kryss hvis «ja»)**2. KOMMENTARER TIL UTREDNINGEN; EGNETHET FOR TRANSPLANTASJON ?** (kliniske, sosiale, egenomsorg) |
|  |  |  |
| Dato / år | Signatur av lege |
| 1. Resipientskjema + B) røntgenbilder og C) resipientrapport sendes samlet til:

Nyreseksjonen, OUS Rikshospitalet, Pb 4950 Nydalen, 0424 Oslo. |